

長久手市風しん対策助成事業交付申請・請求書

年 月 日

（宛先）長久手市長

申請者 〒 ー
住所
氏名
電話番号

長久手市風しん対策助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、長久手市風しん対策助成事業実施要綱を遵守するとともに、申請内容について、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び必要時医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請種別	☐ 風しん抗体検査 ☐ 風しん予防接種		
対象者氏名	☐ 申請者と同じ（省略可）		
生年月日	年 月 日		
対象者区分	☐ 妊娠を予定又は希望している女性（妊娠中は除く。） ☐ 妊娠を予定又は希望している女性の同居者 ☐ 妊娠中の女性の同居者		
対象者確認欄 ※該当するものに○ ※⑤は予防接種の申請時のみ	①風しんにかかったことが ある ・ ない ②（女性のみ）現在妊娠を している ・ していない ③風しん対策の助成を受けたことが ある ・ ない ④風しんの予防接種を受けたことが ある ・ ない ⑤医師により抗体価が低いと 判断された ・ されていない		
実施日及び費用		抗体検査	予防接種
※予防接種の申請時には、抗体検査実施日と医療機関名も記載してください。	実施日	年 月 日	年 月 日
	医療機関名		
	金額	円	円
助成金交付申請額	円		
（市記載欄） 助成決定金額	円		

振込先（申請者名義の口座を記入してください）

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カナ）
	店	普通 当座		

添付書類 ☐ 医療機関が発行した領収書（風しん抗体検査もしくは風しん予防接種に要した費用として支払ったことが明記されたもの）
☐ 振込先口座が確認できる通帳等の写し
☐ （予防接種助成の申請時）抗体検査結果がわかるもの
☐ （経産婦を除く、妊娠を予定又は希望している女性とその同居者のみ）愛知県様式「風しん抗体検査結果通知書」

* 誤記入は二重線をした上で訂正印をお願いします。ただし、金額の訂正はできません。
* 対象者が未成年の場合、申請者及び口座名義人は保護者としてください。